Rok XLIX. Kraków, dnia 3. września 1910. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

W części pierwszej niniejszej pracy, zajmującej się działaniem kąpieli kwasowęglowych naturalnych (woda krynicka ze źródła Słotwińskiego) na krążenie u ludzi o sercu zdrowem, wskazałem na potrzebę przeprowadzenia podobnych doświadczeń u ludzi z narządem krążenia chorobowo zmienionym. Dzięki uprzejmości Prof. Jaworskiego, dyrektora kliniki lekar. U. J. w Krakowie, który udzielił mi pozwolenia wyzyskania materyału klinicznego, mogę obecnie podać dalsze wyniki mych doświadczeń. Doświadczenia te przeprowadzałem na chorych na serce, uwzględniając wszystkie kliniczne rodzaje wad sercowych. Jako główny cel mej pracy wytknąłem sobie pytanie: czy kąpiel bezwodnikowa wywiera działanie hypersteniczne na naczynia obwodowe, i czy zwiększa pracę serca? Jedynie na drugiem miejscu, jako cel poboczny, podaję kliniczną stronę mych doświadczeń, a więc historye chorób i wyniki leczenia kąpielowego.

Z konieczności musiałem posługiwać się kąpielami sztucznemi, co jednak wobec uprzednich doświadczeń z kąpielami wodnemi i mineralnemi nie wychodzi na niekorzyść, ale raczej powiększa ilość stosowanych środków. Kąpiele te w największej części wykonano zapomocą nasycenia zimnej wody wodociągowej bezwodnikiem węglowym z syfona, zapomocą przyrządu »Non plus ultra« (dostarczonego do mych doświadczeń bezinteresownie przez firmę Max Paschke, Wien) i zmieszanie jej ze zwykłą wodą gorącą. Przy sposobności podnieść muszę działanie bez zarzutu tego przyrządu i znaczny stosunkowo stopień nasycenia wody. Dalej używałem kąpieli sztucznych bezwodnikowych w postaci mieszanin w proszku, tabletkach, i płynie wyrobu fabryki Tlen, Dr Sedlitzky, Formica, Lebram Formica. W sposobie wykonywania doświadczeń przeprowadziłem niektóre zmiany, aby wyniki uczynić jak najpewniejszymi. A więc w pierwszym rzędzie nie uciekałem się obecnie do zastosowania poprawki podczas kąpieli, w celu uniknięcia uważania obniżenia ciśnienia, zależnego od zmiany położenia siedzącego na pół leżące w wannie i poziomu badanego tętna wobec serca za zmianę wskutek kąpieli powstałą, ale przez zaprowadzenie odpowiednio wysokich stołeczków, wstawianych do wanny, sprowadziłem poziom badanego tętna do poziomu serca. Dalej zamiast początkowego i końcowego pomiaru u chorego siedzącego przy stole, wprowadziłem pomiar w pozycyi pół-leżącej w wannie próżnej, przez co uniknąłem wszystkich tych zarzutów, któreby można podnieść przeciw stosowaniu poprawki.

I tutaj doświadczenia moje polegały na pomiarach ciśnienia zapomocą przyrządu H. Recklinghausena i to zawsze ciśnienia palpacyjnego i oscylacyjwych skurczowego i rozkurczowego, dalej na zmierzeniu liczby tętna i oddechów, zapomocą polygrafu Jaqueta. Aby jednak módz odeprzeć ewentualne zarzuty przeciwników manometrów metalowych, dołączałem do manszetu Recklinghausena manometr rtęciowy i oznaczałem w ten sposób ciśnienie palpacyjne analogicznie do przyrządu Riva-Rocciego. Wreszcie przeprowadziłem szereg doświadczeń, w których pomiary ciśnienia starałem się utrwalić graficznie, mianowicie zapomocą turgotonografu Straussa i w ten sposób zyskać od sugestyi osobistej niezależną metodę ocenienia wyników. Aby wreszcie stwierdzić kliniczne objawy, oznaczałem niekiedy, nie w każdej kąpieli, granice serca i płuc i badałem uderzenia koniuszkowe, charakter tętna, wreszcie zdejmowałem z uderzenia koniuszkowego kardyogramy, starając się uniknąć wszelkiego poruszenia się przyrządu przenoszącego.

Przechodząc do szczegółowego omówienia mych doświadczeń, podzielić je muszę na 2 grupy. Grupa I. obejmuje 80 doświadczeń, w których mierzyłem ciśnienie sfigmomanometrem Recklinghausena i manometrem rtęciowym, liczyłem ilość tętna i oddechów, stosując kąpiele dziesięć minut trwające o ciepłotach 23^0, 24^0, 25^0, 26^0, 27^0, 28^0, 29^0, 30^0, R. (po dziesięć doświadczeń w każdej ciepłocie). Z doświadczeń tych zmuszony byłem podać jedynie tablice średnich, ponieważ tablice poszczególnych doświadczeń zajęłyby zbyt wiele miejsca. (Tabl. 1). Jak z tablicy średnich z łatwością odczytać można, wyniki mierzeń ciśnienia przyrządem Recklinghausena nie odbiegają od wyników, otrzymanych u ludzi zdrowych. I tutaj stwierdzić możemy z końcem kąpieli nieznaczne obniżenie ciśnienia średnie i to dla ciepłot od 23^0 do 30^0 R. i ciśnienia palpacyjnego, w cyfrach następujących: + 0.6, — 2, — 1·9, — 6·7, — 3, — 6·7,

TABLICA I.

Średnie otrzymane w 80 kąpielach o ciepłocie 23° R. do 30° R. po 10 doświadczeń w każdej średniej.

		Średnie kąpieli 23° R.	Średnie kąpieli 24° R.	Średnie kąpieli 25° R.	Średnie kąpieli 26° R.	Średnie kąpieli 27° R.	Średnie kąpieli 28° R.	Średnie kąpieli 29° R.	Średnie kąpieli 30° R.
Ciśnienie palpacyjne w cm. sł. wody	przed kąpielą	150	146	146·5	143	148·5	149·1	145·6	161·3
	wśród kąpieli	150·6	144	144·6	130·3	145·5	142·8	132·7	148
	po kąpieli	153·8	146	146·5	142	149·2	145·7	139·6	155
Ciśnienie rozkurczowe oscylacyjne w cm sł. wody	przed kąpielą	75·5	83	84	90·5	81·5	90·5	84·5	86·8
	wśród kąpieli	73·5	83	82·5	86·5	73·7	88·5	79·5	80·6
	po kąpieli	75·5	84·5	85·5	91·3	80·8	91·5	88·5	83·5
Ciśnienie skurczowe oscylacyjne w cm sł. wody	przed kąpielą	163	156·5	156·5	151·6	157·5	161	159·4	183·3
	wśród kąpieli	159·8	154·6	157·2	144	154·9	159·5	149·4	170·5
	po kąpieli	166	153·8	156·7	150·6	156	158·5	151·1	173·5
Ciśnienie palpacyjne manometrem rtęciowym w mm. sł. rtęci	przed kąpielą	113	109	112·9	111·7	110·9	113	115·7	121·2
	wśród kąpieli	110·6	106·1	105·7	102·4	108	109·4	102·1	112·3
	po kąpieli	116·6	110·3	109·3	111·3	109·8	113·7	112	112·8
Liczba tętna	przed kąpielą	72·3	84·8	81·7	89·6	77·4	74·6	85·2	79·8
	wśród kąpieli	69·8	83·1	81·7	90·1	75·2	81·8	92·8	87·8
	po kąpieli	73·6	85·8	81·7	83	72·8	87·2	90	79·4
Liczba oddechów	przed kąpielą	18·9	20·3	19·1	22·5	20	19·1	20·5	18·5
	wsród kąpieli	20·4	20·3	20·4	19·3	20·2	18·1	21·6	19·4
	po kąpieli	19·2	20·4	20	19·5	20·6	17·7	22·3	18·4

— 12·9, — 13·3, cm. sł. wody. Kąpiel 23° R. jest nieznacznie podnoszącą ciśnienie, od 28° do 30 R. obniżenie ciśnienia wzrasta. Ciśnienie rozkurczowe daje mniejsze różnice, niż ciśnienie palpacyjne; obniżenie przy 28 do 30° R. dochodzi do 7 cm. sł. wody. Ciśnienie skurczowe oscylacyjne zachowuje się zupełnie analogicznie do palpacyjnego. Dalej ciśnienie palpacyjne, mierzone manometrem rtęciowym dało przy kąpieli 23° do 30° R., również podobne wyniki (— 2, 4, — 2, 9 — 7, 2 — 9, 3, — 2·9, — 3·6, — 13·6, — 8·9).

Wreszcie wobec niezamieszczenia w pracy oryginalnych wyników doświadczeń podać muszę dla każdej ciepłoty ilość stwierdzonych podwyższeń i obniżeń ciśnienia. Liczby te odnosić się będą do ciśnienia palpacyjnego. I tak przy ciepłocie 23° po cztery podniesienia i obniżenia, dwa bez zmiany ciśnienia; przy 24 R. pięć podniesień, cztery obniżenia, jedno bez zmiany; 25° pięć obniżeń, trzy podwyższenia, dwa bez zmiany; 26° R. — dziewięć obniżeń, jeden bez zmiany; 27° R. — dwa podniesienia. pięć obniżeń, trzy bez zmiany; 28° R. — siedem obniżeń, trzy bez zmiany; 29° R. — dziewięć obniżeń, jeden bez zmiany; wreszcie 30° R. — jedno podniesienie, osiem obniżeń, jedno bez zmiany. Z liczb tych wysnuć można łatwo wniosek, iż obniżająco działa tutaj wznosząca się ciepłota kąpieli, a stwierdzone przy niższej ciepłocie podniesienia ciśnienia wywołane są nie swoistem działaniem bezwodnika węglowego, lecz działaniem kąpieli o ciepłocie niższej od obojętnej. Po kąpieli wyniki średnie, otrzymane od 23° do 30 R., są + 3·8, 0, 0, — 1, + 0·7, — 3,4 — 6,0 — 6,3 dla ciśnienia palpacyjnego, przy ciśnieniu rozkurczowem oscylacyjnem zmiany w ciśnieniu nie przekraczają, 3 cm. sł. wody, a przy skurczowem oscylacyjnem zachowują się analogicznie do palpacyjnego. Wreszcie ciśnienie palpacyjne, mierzone manometrem rtęciowym, daje przy kąpielach 23° do 30° R. liczby następujące: + 3, 6, + 1·3 — 3·6, — 0·4, — 1·1 + 0·7, — 3·7, — 8·4 mm. sł. rtęci. Wyniki po poszczególnych kąpielach: przy ciepłocie 23° R. siedem podniesień, dwa obniżenia, jedno bez zmiany sfigmomanometrem Recklinghausena, a sześć podniesień, po dwa obniżenia, jedno bez zmiany manometrem rtęciowym; przy 24° R. po trzy podniesienia i bez zmiany, cztery obniżenia (6 podniesień, 3 obniżenia, jedno bez zmiany manometrem rtęciowym); przy ciepłocie 25° R. po trzy podniesienia i obniżenia, 4 bez zmiany; 26° R. — po trzy podniesienia i bez zmiany, 4 obniżenia; przy 27° R. po dwa podniesienia i dwa obniżenia, 6 bez zmiany; przy 28° R. 2 podniesienia, 5 obniżeń, 3 bez zmiany; przy 29° jedno podniesienie, 7 obniżeń, dwa bez zmiany; przy 30° po 2 podniesień, i bez zmiany, 6 obniżeń.

(C. d. n.).

O nowej próbie barwików żółciowych.

Podał

Dr S. Justman (Łódź).

Metody rozpoznawania barwików żółciowych w moczu są dwojakie: fizyczne i chemiczne. Do fizycznych należy stwierdzanie barwy samego moczu, oraz piany, powstającej po skłóceniu moczu. Mocz, mający barwę brunatną, zbliżoną do barwy piwa bawarskiego, oraz dający po skłóceniu pianę żółtą, uważany bywa za mocz, zawierający barwiki żółciowe. Cechy te jednak są wyraźne tylko przy względnie znacznej zawartości barwików żółciowych, przy małej — cechy te zawodzą. Metodą fizyczną jest również próba Haycrafta, podług którego kwiat siarczany, posypany na powierzchnię moczu żółtaczkowego, opada natychmiast lub bardzo prędko na dno. Metody chemiczne opierają się wszystkie (prócz próby Krokiewicza) na fakcie zmiany zabarwienia z brunatnego na zielone zawartej w moczu żółtaczkowym bilirubiny w razie zetknięcia się jej z ciałem utleniającem. Próba odnośna Gruelina, oraz modyfikacya jej na sączku grzeszą zarówno co do jasności wyników, jak i co do bezpieczeństwa techniki. Zielona obrączka, powstająca przytem, jest w znacznej części zamaskowana ciemno-brunatną obrączką urobiliny, jest przytem mętna i nie

trwała. Z drugiej strony stosowanie dymiącego kwasu azotowego naraża na bolesne oparzenia. Inne próby, oparte na tej samej zasadzie, jak Jollesa, Huppert-Salkowskiego, Kammerstena, są dość złożone, co utrudnia stosowanie ich poza pracowniami. Te względy skłaniają mnie do ogłoszenia nowej próby, która, nie mając powyższych wad, daje wyniki bardzo czyste. Pierwowzorem tej próby jest próba Trousseaua, polegająca na dodawaniu do moczu w probówce kilku kropel jodyny wprost, lub rozcieńczonej poprzednio dziesięciokrotnie wyskokiem. Jeżeli jodyna jest świeża, wtedy przy ostrożnem jej dolewaniu otrzymujemy pomiędzy górnym nieprzeźroczystym słupem rozcieńczonej moczem jodyny i dolnym słupem moczu cienką obrączkę zieloną. Jeżeli jodyna postoi jakiś czas, wtedy zmienia się chemicznie: alkohol etylowy utlenia się pod wpływem jodu w aldehyd kwasu octowego. O zmianie chemicznej, zaszłej w jodynie, świadczy jaśniejsza jej barwa, oraz charakterystyczny ostry, gryzący zapach aldehydu. Ponieważ jednak aldehydy mają silne własności redukujące, przeto i zmieniona w powyższy sposób jodyna przestaje być dobrym odczynnikiem utleniającym. Jeśli dodamy jeszcze, że zawierająca aldehyd kwasu octowego jodyna miesza się gwałtownie z moczem nawet przy bardzo ostrożnem jej dolewaniu, uniemożliwiając w ten sposób powstanie wyraźnej obrączki, to sądzę, że wszystkie wymienione powyżej względy wystarczają do zupełnego usunięcia jodyny, jako odczynnika. Wszystkich tych wad jodyny niema rozczyn Lugola, nie zmieniający się nawet po dłuższem staniu. Dla wykrycia krwawników żółciowych w moczu trzeba do kilku centymetrów sześciennych przesączonego moczu dolać ostrożnie pipetkę dwugramową wody, zabarwionej kilkoma kroplami odczynu Lugola na żółto. Wtedy na granicy pomiędzy dwoma słupami żółtemi ujrzymy wyraźny pierścień zielony, który jeszcze przez czas długi zachowuje swą barwę. Jeżeli w moczu są tylko ślady barwików żółciowych, to wtedy jest blado-zielony, widoczny na białem tle (papierze, białej ścianie i t. p.); oglądany pod światło, pierścień taki jest bezbarwny, niczem nie różniący się od pierścienia powstałego w moczu prawidłowym.

To, co wyżej powiedziano, możemy streścić w następujący sposób:

I. Metody fizyczne badania moczu co do barwików żółciowych są bardzo niedokładne.

II. Z szeregu odczynników pracownianych powinny być usunięte: dymiący kwas azotowy z powodu niebezpieczeństwa oparzeń, jodyna z powodu jej niestałości.

III. Próba z bardzo rozcieńczonym rozczynem Lugola jest prostsza, dokładniejsza i czulsza od innych, pospolicie używanych.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Arlt. **Nasze doświadczenia nad znieczuleniem rdzeniowem.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 28). W r. 1906 podał A. osobne narzędzia do znieczulania rdzeniowego: igłę, fiolkę szklanną i balonik. Igłę wbija się do kanału kręgowego, gdy płyn zaczyna wyciekać przyłącza się fiolkę, w której jest już środek znieczulający w proszku. Gdy się ten rozpuści, do drugiego końca fiolki dołącza się balonik i zapomocą niego wpycha się płyn do kanału. Obecnie rozporządza A. statystyką 2543 przypadków, znieczulanych w ten sposób. Wyniki swego doświadczenia streszcza A. następująco: W razie możności wyboru (przy operacyach poniżej pępka) pomiędzy uśpieniem a znieczuleniem rdzeniowem, powinno być wybrane znieczulenie rdzeniowe, a bezwarunkowo należy je stosować w razie powikłań ze strony nerek, płuc i serca. Nie nadają się zaś do znieczulenia rdzeniowego: młodzi poniżej 16 lat, ludzie nerwowi, dalej przypadki wybitnej gruźlicy lub silnych zakażeń ogólnych. A. uważa bardzo na pilne odkażanie skóry w miejscu wstrzykiwania, odnosząc wiele następowych powikłań znieczulenia do nieczystego postępowania. Kilkakrotne wkłuwania wywołują potem silne bole w krzyżach. A. używa tropakokainy i postępując swoim sposobem nie zauważył nigdy żadnych powikłań, jak porażeń, bolów głowy, gorączki i t. p. Zawiodło go znieczulenie zaledwo w 1—2%. Wszelkie zaburzenia odnosi A. do wadliwej techniki i zakażeń, a nie do zatruć środkiem znieczulającym (?). Obecnie postępuje A. jeszcze w ten sposób, że po wstrzyknięciu zatrzymuje jeszcze igłę na miejscu (odjąwszy fiolkę: igła ma swój koreczek), odczekuje wystąpienia znieczulenia i wtedy wypuszcza nieco więcej płynu niż przedtem. Z badań Profesora Pregela zaś wynika, że przez to wypuszcza się nieraz do 25% wstrzykniętego środka znieczulającego, przez wypuszczenie zaś to nie skraca się wcale czasu znieczulenia. Klęsk.

Cremer. **Zatrucie połączeniem tlenku węgla z chlorem albo fosgenem.** (Aerztl. Viertl. Rundschau 1910. III). Autor wspólnie z drugim lekarzem narkotyzującym i położną uległ zatruciu fosgenem, wskutek operowania przez długi czas przy uśpieniu chloroformowem w sali, ogrzanej piecykiem naftowym. Jak wiadomo, chloroform wobec nafty lub gazu palącego się, rozkłada się, a wytwarzający się fosgen wywołuje objawy duszności, wymiotów, uporczywego kaszlu, bolów głowy i t. p. Wskutek takiego zatrucia w jednym przypadku zmarła w Herne jedna siostra miłosierdzia, a operator walczył kilka dni ze śmiercią. W przypadku autora chora nie uległa zatruciu zapewne z tego powodu, że leżała nizko, a gazy, jako lekkie, unosiły się wyżej. Jeżeli z konieczności operować trzeba przy gazie lub nafcie, należy przynajmniej starać się ograniczyć ilość podanego chloroformu, a to przez kombinacyę z zamroczeniem skopolamonowomorfinowem. Klęsk.

Delrez. **Wstrzykiwania mydła w leczeniu chirurgicznem, zwłaszcza przy chirurgicznej gruźlicy.** (Zeitsft. f. Tuberkul. XV. 6). D. poleca wcierania, zwłaszcza wstrzykiwania mydła płynnego w ogniska gruźlicze, szczególnie w ropnie zimne. Mydło płynne jest znakomitym środkiem odkażającym, bo niszczy zarazki, nie uszkadzając tkanek. Do wstrzykiwań używa D. mydła potasowego (sapo kalinus) na pół z wodą lub alkoholem, wstrzykując z tego rozczynu bardzo wolno w ognisko 2—3 cm^3. K.

Müller. **Nowy sposób leczenia nowotworów złośliwych.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 28). Zdaniem wielu nowotwory złośliwe leczyć można jedynie chirurgicznie, a wszelkie inne »zachowawcze« sposoby leczenia stosować wolno tylko w przypadkach nieuleczalnych i przy nawrotach. Gdybyśmy tylko w przypadkach »nieuleczalnych« próbowali różnych metod, to bardzo trudno byłoby znaleść sposób uleczania spraw dotąd nieuleczalnych. Dlatego też M. sądzi, że należy próbować leczyć nowotwory i innymi sposobami, zwłaszcza, że często zdarzają się chorzy, nie chcący się dać operować. Bardzo energicznymi sposobami nieoperacyjnego leczenia są, zdaniem M., promienie Röntgena i fulguracya. M. łączy ze sobą oba te sposoby i osiąga przez to bardzo dobre wyniki, albowiem przez fulguracyę ułatwia się niejako dostęp promieniom roentgenowskim. M. kończy posiedzenie przepuszczeniem prądu o wysokiem napięciu. Na dowód skuteczności swego sposobu przytacza M. 5 przypadków zupełnego wyleczenia raków i mięsaków i liczne przypadki wybitnych polepszeń. Niektóre nowotwory opierają się promieniom x, lecz tu zapomocą termopenetracyi udaje się nieraz wywołać odczyn na promienie x. Czasem następuje zanadto szybkie wessanie nowotworu i wtedy należy leczenie przerwać. Rad nie nadaje się do tej kombinacyi środków leczniczych. Jeżeli przedtem bezpośrednio chory leczony był promieniami x, nie należy stosować sposobu M., przynajmniej przez pewien czas. K.

W e r n e r i C a a n. **O działaniu promieni Röntgena na nowotwory.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 26—27). Doświadczenie autorów opiera się na obfitym materyale heidelberskiego instytutu dla badania raka, za czas od 1. I. 1908 r. do 1. V. r. b. Jako ogólną zasadę przyjąć należy, że nietylko te same (drobnowidowo) nowotwory, ale nawet różne części tego samego guza oddziałują różnie na naświetlanie. To też działania promieni i skuteczności ich przewidzieć nie można. W jednych przypadkach działają promienie leczniczo, a w innych pozostają bez skutku, ba nawet mogą szkodzić, wywołując wprost szybki wzrost i rozsiewanie się nowotworu w ustroju. Natomiast podmiotowo uzyskuje się zwykle wielki efekt zwłaszcza co do bolów i oczyszczania się owrzodzeń. Bardzo dobrą jest kombinacya leczenia promieniami Röntgena i radem; nawroty po tem leczeniu są rzadkie, gdy pod wpływem samych promieni Röntgena znikają nieraz guzy bardzo szybko lecz też szybko tworzą nawroty, które już później nie ulegają działaniu rentgenizacyi. Natomiast zwykle wprost rosną pod wpływem rentgenizacyi śluzakomięsaki (myxosarcoma). Mięsaki barwikowe nie nadają się do leczenia rentgenizacyą, bo nieraz rozpadają się tak szybko, że grozi to zatruciem ustroju. Leczenie promieniami Röntgena nadaje się znakomicie jako uzupełnienie operacyi lub też jako leczenie przygotowawcze do operacyi, np. gdy guz jest nieruchomy i duży, tak że na razie nie można przystąpić do operacyi. Tak zw. sensybilizacya tkanek z pomocą chininy, choliny, fluorescyny i t. p. nie daje pewnych wyników, czasem nie działa, a czasem wywołuje skutek za szybki t. j. rozpad guza. Rentgenizacya nie może jednak, jak dotąd, zastąpić całkowicie operacyi krwawej. K.

Prof. W r e d e. **Zachowawcze leczenie czyraka twarzy.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 29). Niedawno temu ogłosił Keppler pracę, w której zachwala leczenie złośliwego czyraka twarzy jedynie zapomocą zastoiny sposobem Biera. W. występuje przeciwko temu jednostronnemu traktowaniu sprawy. Bezwątpienia czyraka twarzy w wielu przypadkach wyleczyć można zachowawczymi sposobami, ale wtedy udaje się to i bez zastoiny, a nawet bez tamponady. Czyrak staje się bowiem »złośliwym« zwykle wskutek maltretowania palcami (a nawet ssawką Klappa), a co gorsze, gdy leży wprost na żyle i powoduje wystąpienie zapalenia żyły. Wtedy nie pozostaje nic innego jak nóż, a o potrzebie operacyi sądzić możemy z rozszerzania się obrzęku, bolesności, napięcia, ciepłoty i t. p. Jeżeli zaś leczymy zastoiną, wtedy nie możemy dokładnie oceniać, stanu miejscowego, bo obrzęk zastoinowy zaciera zupełnie obraz. Chyba i sam Keppler nie radzi wszystkim szablonowo, nawet przy zakrzepie żyły i grożących przerzutach zakładać opaskę na zagrożone miejsca? O ile też przy wągliku operacya jest zwykle zbyteczna, a nawet wprost szkodzi, ustrój zaś najlepiej daje sobie sam rady, o tyle przy czyraku i wogóle ropieniach na tle ziarenkowców postępowanie zachowawcze jest tylko wyjątkowo dozwolone, jako ustępstwo dla kosmetyki, a pewność w przypadkach ciężkich daje tylko racyonalne nacięcie. K.

F r e u n d. **Leczenie wola promieniami Röntgena.** (Wien. med. Woch. 1910. Nr 21). Pomienie Röntgena wywołują często (na 17 leczonych u 11 pewien skutek) zmniejszanie się gruczołu, ale skutek jest niepewny i nieobliczalny, czasem nie wielki, a czasem znów za szybki z objawami tyreoidyzmu (2 przypadki). Tam więc, gdzie można, powinno się i nadal operować wole, a leczenie zachowawcze przez rentgenizacyę pozostaje jako »ultimum refugium« przy objawach zwężenia u ludzi, u których operować nie można (zmiany w sercu, naczyniach i t. p.) lub też gdy chory w żaden sposób na zabieg zgodzić się nie chce. — Zarzuca się także leczeniu promieniami to, że w następstwie wytwarzają się zrosty gruczołu z otoczeniem, utrudniające znacznie następową operacyę. Otóż zrostów tych podług F. można obecnie uniknąć przez stosowanie lamp twardych i przez filtrowanie promieni powierzchownych. K.

Prof. H e i t l e r. **Zaburzenia serca wskutek drażnienia osierdzia. Zachęta do kokainizacyi osierdzia przy operacyach na sercu.** (Med. Klinik 1910. Nr 25). W swoich doświadczeniach na zwierzętach przekonał się H., że mechaniczne i elektryczne drażnienia osierdzia wywołują często niemiarowość i zaburzenia czynności serca, natomiast unika się ich, jeżeli przedtem osierdzie w danem miejscu zostało znieczulone 10% kokainą. Tam, gdzie przez drażnienie osierdzia silnymi prądami, w zwykłych warunkach wywołać można odruchowo porażenie serca, po kokainizacyi tego już się nie spostrzega. Na podstawie tego, poleca autor przy operacyach na sercu przed nacięciem worka osierdziowego wypędzlowanie tegoż 10% kokainą. Po operacyi kokainę można ew. wymyć fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. K.

Ginekologia i położnictwo.

K o w n a t z k i: **Adrenalina i zmięknienie kości.** (Münch. Med. Wochschr. 1910 r. Nr 20). Bezwątpienia spostrzega się w wielu przypadkach po trzebieniu przy zmięknieniu kości poprawę, ale są też przypadki, opierające się temu leczeniu. — Podanie wzajemnego stosunku gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem zwróciło uwagę na gruczoł tarczowy i nadnercza i nie brak też obecnie publikacyi, donoszących o korzystnym wyniku leczenia zmięknienia kości zapomocą thyreoidyny, anythyroidyny, nadnerczy lub adrenaliny. K. spostrzegał właśnie przypadek w którym u kobiety 21-letniej, cierpiącej na zmięknienie kości, wstrzykiwania adrenaliny wywołały wprost cudowny skutek i to w krótkim stosunkowo przeciągu czasu. Dowodzi to, że istnieją różne przyczyny powstawania tego cierpienia, a raczej że ma ono może źródło we wzajemnem, a nieraz różnem działaniu na siebie jajników, tarczycy gruczołów przytarczycowych i nadnerczy. K.

Prof. K r ö n i g i Dr G a u s s. **O ile naświetlanie rentgenowskie wpływa na nasze operacyjne leczenie krwotoków macicznych i mięśniaków?** (Münch. Med. Wochsch. 1910 r. Nr 29. Na podstawie 63 przypadków, leczonych naświetlaniami, dochodzą K. i G. do przekonania, że leczenie to ma wiele zalet i nieraz dać może korzystne wyniki. W 60% uzyskali autorzy wynik zupełnie dobry, t. j. ustanie krwawień, a w 30% wynik częściowy, t. j. znaczne zmniejszenie się krwawień. Leczenie to nadaje się zwłaszcza u kobiet bardzo osłabionych, ze złym stanem serca i małą ilością hemoglobiny, t j. tam, gdzie sił na operacyę nie ma. Rentgenizacya nie odrywa kobiety od pracy, natomiast ma ona tę wadę, że leczenie trwa długo (nieraz i miesiące) i jest n. p. dla chorych kasowych dość kosztowne, a wreszcie pozostawia po sobie pewne zaburzenia, podobne (lecz w mniejszym stopniu); do tych, jakie powstawały dawniej po wyjmowaniu macicy razem z jajnikami. Obecnie przez używanie lamp twardych i filtrowanie promieni powierzchownych uszkodzenia rentgenowskie należą do wielkich wyjątków. A.

Francesco C a r u s o: **O niedokrwistości podczas ciąży.** (Odczyty Klin. wydawane przez red. »Gazety lek.«, Serya XVII, zesz. 11—12). Rozróżnia się 3 postacie niedokrwistości: 1) n. zwykłą (anaemia simplex), 2) n. bledniczą (chloroanaemia) i 3) n. złośliwą postępującą (a. perniciosa progressiva). U ciężarnych spotyka się najczęściej postać pierwszą; wielką rolę odgrywa tu usposobienie, niehigieniczny tryb życia, ciąże następujące po sobie w krótkich odstępach czasu i długo trwające karmienie. Każda ciąża wywołuje zresztą skłonność do niedokrwistości wskutek zależnych od niej zmian w składzie krwi, polegających na rozwodnieniu i zmniejszeniu się liczby krwinek czerwonych. Zmiany te ograniczają się »ad minimum« u ciężarnych zupełnie zdrowych, u innych zaś mogą stworzyć podłoże, usposobiające do powstania właściwej niedokrwistości. — Do przyczyn bezpośrednich należą krwotoki (urazowe lub samoistne) w narządzie rodnym lub gdzieindziej, choroby zakaźne, zimnica, gruźlica, choroby nerek, wątroby i serca,

choroby krwi, (białaczka, plamica i w. i.) i różne pasorzyty (tęgoryjec, bróżdogłowiec i in.) Co do przyczyny bezpośredniej niedokrwistości złośliwej w ciąży istnieją jeszcze teorye: 1) autointoksykacyjna, 2) drobnoustrojowa, 3) nerwicowa i 4) naczyniowa. Teorya autointoksykacyjna przyjmuje 4 ogniska, wytwarzające w czasie ciąży produkty trujące: ustrój ciężarnej (upośledzenie trawienia i utleniania, zatrzymanie krwawień miesięcznych) ustrój płodu (wytwory jego przemiany materyi), łożysko (komórki syncytyalne) i jajniki, jakoteż gruczoł tarczowy. Teorya drobnoustrojowa zdaje się mieć najmniej podstaw. Teorya nerwicowa opiera się na związku macicy i jajników z układem nerwu współczulnego; podrażnienia, wychodzące z narządów płciowych, zmienionych pod wpływem ciąży, spaczają działalność ośrodków naczynio-ruchowych, wskutek czego następować mają zaburzenia w rozmieszczeniu i składzie krwi; według innych, jajnik zmieniony podrażnia zbyt silnie nerw współczulny, głównie splot słoneczny, wskutek czego ma ulegać zmianom tworzenie się krwinek w szpiku kostnym. Teorya naczyniowa wreszcie przyjmuje jako przyczynę niedokształt układu naczyniowego. Ze wszystkich tych teoryi najbardziej dzisiejszemu stanowi wiedzy odpowiada teorya toksyczna, według której wytwory trujące, pochodzące przeważnie z jajników, a po części z gruczołu tarczowego, wywołują samozatrucie. Substancye te mają nadto tę wspólną własność, że wywołują nagromadzenie się megaloblastów w szpiku kostnym, co właśnie zdaniem autora stanowi istotę niedokrwistości złośliwej. — Autor spostrzegał 29 przypadków niedokrwistości u ciężarnych; 26 razy chodziło o niedokrwistość zwykłą, a 6 razy o złośliwą. W przeszło 50% przyczynę niedokrwistości zwykłej stanowiła zimnica. Na ciążę, poród, połóg, jakoteż płód, nie ma zresztą niedokrwistość zwykła większego wpływu; w cięższych przypadkach może jednak w ostatnich dwóch miesiącach nastąpić poronienie. Białaczka wpływa na ciążę znacznie gorzej, tak, że płód zwykle obumiera; niedokrwistość złośliwa wreszcie wywołuje zwykle poronienie między 6—9 m. ks. Poród i połóg, a szczególnie praca porodowa wpływają bardzo niekorzystnie na przebieg niedokrwistości złośliwej. Powyższe 6 przypadków autora wszystkie zakończyły się śmiercią matek, przeważnie bardzo prędko po porodzie wskutek zapadu; antor sądzi, że pewną rolę odgrywa tu także utrata krwi, choćby najmniejsza i niedokrwienie serca i mózgu, występujące prawie nagle po porodzie. — Leczenie powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze; pod tym względem należy zawsze rozważyć, o ile dziewczęta niedokrwiste zdolne są do małżeństwa? w przypadkach tych trzeba być bardzo ostrożnym, i tam, gdzie leczenie stale pozostaje bez skutku, a nadto daje się stwierdzić niedokształt układu tętniczego, nie należy udzielać pozwolenia na zamążpójście. Jeżeli chora taka mimo to wyszła za mąż, należy ją energicznie leczyć, nim zastąpi. Gdy nastąpi ciąża, należy usuwać wszelkie czynniki, wywołujące zmniejszenie się ilości krwi, polecić dobre powietrze i odżywienie, jakoteż spokój. Przy cięższych postaciach niedokrwistości zalecają niektórzy równoczesne wlewania krwi i śródżylne lub podskórne wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli. Inni w przekonaniu, że źródłem choroby, szczególnie niedokrwistości postępującej, jest szpik kostny, polecają stosowanie świeżego szpiku owczego w ilości 10—15 gr. na dobę. Inni wreszcie powołując się również na dobre wyniki, polecają wyciąg z jajników (owarynę) sam lub w połączeniu z wyciągiem gruczołu tarczowego (tyreoidyna). Jeżeli wszystkie te środki zawiodą, pozostaje jeszcze wyjęcie jajników. Zabieg ten można tembardziej podjąć, że wówczas najczęściej chodzi o ciężką postać niedokrwistości postępującej, która i tak kończy się zwykle śmiercią. Operacyę należy wykonać w tym czasie, kiedy może być wskazane wywołanie poronienia, a rozstrzygają tu wyniki badania krwi. — Ze środków farmaceutycznych zalecają żelazo, arsen i sole wapniowe (calcium chloratum, c. lacticum), podnoszące krzepliwość krwi. Przy daleko posuniętej niedokrwistości należy ciążę przerwać; przy niedokrwistości zwykłej można zastosować wywołanie poronienia dopiero po wypróbowaniu wszystkich powyżej omówionych środków, szczególnie jeżeli wystąpi białkomocz; przy niedokrwistości złośliwej zaś o ile możności wcześniej, a szczególnie wtedy, kiedy poraz pierwszy pojawią się we krwi megaloblasty — a najpóźniej kiedy ich jeszcze jest mniej, aniżeli normoblastów. Autor sądzi w końcu, że w przyszłości wyjęcie jajników zastąpi przerwanie ciąży. Dr E. Ehrenpreis.

Okulistyka.

Phinizy Calhoun. **Obecny stan zapatrywań na wartość rozpoznawczą spojówkowego odczynu Calmettea.** (Ophtalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor podjął się żmudnej pracy i przejrzał całe piśmiennictwo, odnoszące się do odczynu Calmettea. W artykule swym nie podaje on już statystyki wyników, uzyskiwanych zapomocą odczynu ocznego, lecz statystykę zdań autorów o tym odczynie, oblicza głosy za i przeciw i na podstawie tego dochodzi do wniosku, że znaczna większość autorów przyznaje rzeczywistą wartość rozpoznawczą odczynowi Calmettea pod warunkiem, że zostaje on wykonywany z zachowaniem pewnych koniecznych ostrożności. Przeciwnikami tego odczynu, nie z powodu braku zaufania do jego wyników rozpoznawczych, lecz ze względu na niebezpieczeństwa, jakiemi zagraża oku, — są przeważnie okuliści. Łatwo to zrozumieć, gdy się zważy, że właśnie w ich ręku gromadzą się przypadki nieszczęśliwe, w których wystąpiły powikłania oczne po wkropleniu tuberkuliny. Powikłaniom tym możnaby najczęściej zapobiedz, gdyby wykonywanie odczynu ocznego powierzano wyłącznie okulistom, bo ci wstrzymywaliby się od jego wykonania w wielu przypadkach, w których lekarze mniej obeznani z patologią oczną, nie dostrzegają zachodzących przeciwwskazań. K. W. Majewski.

M. Wibo. **Skazy ogólne, a stożek rogówkowy.** (Bul. de la Soc. Belge d'Opht. Nr 27). Znane doświadczenie Elschniga, który wywoływał u królików sztucznie stożek rogówkowy (keratoconus) przez rozdarcie od wewnątrz błony Descemeta zapomocą zakrzywionej igiełki, przemawia poniekąd za przypuszczeniem, że i u człowieka pierwotną zmianą jest jakieś uszkodzenie, a raczej schorzenie tej błony. Jeśli tak jest, to należałoby się zastanowić, co wywołuje to schorzenie i jakiego jest ono rodzaju, czy jestto czysto miejscowy stan zapalny, czy może, jak przypuszcza Rampoldi, pewne upośledzenie odżywiania głębokich warstw rogówki w związku z ogólnemi zaburzeniami przemiany materyi. Za tem drugiem przypuszczeniem przemawiają dwa spostrzeżenia, które właśnie opisuje Wibo. W obu przypadkach miał on sposobność spostrzegać pierwsze zaczątki tworzenia się stożka rogówkowego u osób, z których jedna miała objawy przypominające choroby Basedowa, a w każdym razie objawy wzmożenia czynności gruczołu tarczowego (hypertyreoidyzacya), u drugiej zaś wybitny obraz obrzęku śluzowatego, zwłaszcza na twarzy i kończynach świadczył o osłabieniu czynności tego gruczołu (hypotyreoidyzacya). W obu przypadkach udało się autorowi powstrzymać rozwój stożka rogówkowego, w pierwszym przez zastosowanie surowicy Moebiusa, w drugim przez podawanie tyreoidyny. Dodać trzeba, że tu i tam na jednem oku był już wybitny stożek rogówkowy i że na stan tych rogówek zupełnie już zmienionych, leczenie ogólne nie wywarło już żadnego wpływu. U obojga chorych chodziło tylko o ocalenie rogówki drugiego oka, na którem stożek zaczął się wytwarzać. Autor nie twierdzi wcale, że wyłącznie tylko zaburzenia czynności gruczołu tarczowego mogą wywołać schorzenie błony Descemeta i w następstwie stożek rogówkowy, lecz, że w każdym przypadku stożka rogówkowego należy szukać przyczyny ogólnej i w razie istnienia jakiejkolwiek skazy ustrojowej, w leczeniu ją uwzględnić, a może nieraz powiedzie nam się rozwój stożka stłumić w samym zaczątku. K. W. Majewski.

Gonzalez. **Omamy wzrokowe u chorej na zaćmę starczą; zniknięcie ich po operacyi.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor opisuje przypadek obustronnej zaćmy starczej już dojrzałej u 50-letniej kobiety, która poprzednio nigdy poważnie nie chorowała, a w szczególności zawsze była zdrowa umysłowo i u której nie było w tym kierunku wcale dziedzicznego obciążenia. Napojów wyskokowych chora nigdy nie używała. W miarę jak zaćmy, postępujące na obu oczach równolegle, zaczęły się zbliżać do kresu dojrzałości, zaczęła chora doznawać coraz to częstszych zwidywań. Gdy wzrok obniżył się do ilościowego poczucia światła, omamy stały się tak częste i tłumne, że przed oczyma ociemniałej przesuwały się jak w kalejdoskopie coraz to nowe obrazy naprzemian to wesołe, to smutne, to straszne. W zupełnej ciemności zdarzały się częściej chwile spokoju. Natomiast przy świetle dziennem, oraz przy oświetleniu sztucznem, podniecona wyobraźnia wzrokowa snuła omamy bez przerwy. Dodać należy, że poza tymi omamami, z których chora zdawała sobie dobrze sprawę, ale którym nie mogła się obronić, nie było w sferze psychicznej żadnych innych zboczeń. Już po szczęśliwej operacyi jednego oka, a raczej po ostatecznem zdjęciu opatrunku, wszystkie zwidywania pierzchły bezpowrotnie. Autor przypuszcza, że do powstania tych przeróżnych omamów przyczyniała się w tym przypadku, oprócz jakiejś indywidualnej skłonności, także ta okoliczność, że soczewki okazywały przeważnie zaćmienie jądrowe, ciemno-brunatne, które znaczną część promieni przepuszczało i pozwalało chorej widzieć cienie otaczających przedmiotów, bardzo niewyraźnie, w zmienionej postaci i w zmienionych barwach. K. W. Majewski.

Blaauw. **Wartość wyrównywania wad refrakcyi w chorobach ogólnych.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor zestawia wyniki spostrzeżeń i doświadczeń własnych oraz innych okulistów amerykańskich co do zgubnego wpływu niewyrównanych wad refrakcyi na stan ogólny, a zwłaszcza nerwowy z jednej strony, a z drugiej co do korzystnego wpływu należytego wyrównania tych wad. Odnosi się to przedewszystkiem do osób szczególnie wrażliwych, w pierwszym rzędzie do neurasteników, przyczem podnieść należy, że właśnie wady refrakcyi miernego, a nawet małego stopnia, o ile nie zostaną dokładnie wyrównane, wywołują bardzo odległe nieraz objawy w sferze nerwowej. Wadami temi są przedewszystkiem nadmiarowość wzroku i niezborność (astygmatyzm). Pozatem częstokroć winę wzniecania wybitnych zaburzeń ogólnych ponosi niedomoga mięśniowa (asthenopia muscularis), zależna od zboczeń równowagi mięśni ocznych. K. W. Majewski.

Wright. **O wydobywaniu zaćmy w zamkniętej torebce.** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Autor operuje zaćmy od lat blizko trzydziestu w sposób następujący. Po dokładnem rozszerzeniu źrenicy, zapomocą atropiny, wykonywa nakłucie i kontrapunkcyę nożykiem Graefego, na granicy rogówkowo-twardówkowej w miejscach zwyczajnych, ale zamiast następnie prowadzić cięcie granicą rogówkowo-twardówkową ku górze, zwraca ostrze noża skośnie ku górze i ku przodowi i wykonuje cięcie w rogówce w płaszczyźnie, nachylonej pod kątem 45^0 do płaszczyzny tęczówki. W ten sposób wysokość płata rogówkowego jest znacznie mniejsza, niż przy cięciu zwykle używanem, a powyżej płata tego pozostaje część rogówki w postaci szerokiego sierpa, nieodcięta od twardówki. Natychmiast po cięciu naciska palcem na tę górną część rogówki, co niejednokrotnie wystarcza, ażeby soczewka w zamkniętej torebce wydobyła się na zewnątrz przez ranę. W razie potrzeby pomaga sobie W. palcem drugiej ręki, naciskając nim dolny brzeg soczewki poprzez rogówkę. Przy manipulacyi tej torebka soczewki częstokroć pęka i wychodzi tylko jądro wraz z korą, ale mniej więcej w $^1/_3$ przypadków udaje się w ten sposób wydobyć soczewkę w zamkniętej torebce. Do operacyi tej nie używa W. ani rozwórki, ani szczypczyków ustalających. Ponieważ W. nie robi ani irydektomii, ani cystotomii, więc do wykonania wydobycia zaćmy wystarcza mu tylko jedno narzędzie t. j. nożyk Graefego. Nadto, ponieważ operacya nie jest prawie wcale bolesna, nie używa W. ani kokainy, ani żadnego innego środka znieczulającego. K. W. Majewski.

Henning Rönne. **Czy zanik nerwu wzrokowego przy wiądzie rdzenia rozpoczyna się od komórek zwojowych czy od włókien nerwowych?** (Ophthalmology 1910. Vol. VI. Nr 3). Już Bjerrum dowiódł, że w przypadkach jaskry, w której stwierdzono niewątpliwie zanik rozpoczynający się od włókien nerwowych, granica zwężonego pola widzenia przebiega niejednokrotnie na pewnej przestrzeni po linii prostej wzdłuż poziomej średnicy od środka ku nosowi. Odpowiada to o tyle anatomicznemu układowi włókien nerwu wzrokowego w siatkówce, że w skroniowej części siatkówki włókna, wychodzące z tarczy ku górze zewnątrz i ku dołowi zewnątrz i przebiegające łukowato, spotykają się ze sobą w linii prostej, biegnącej wzdłuż poziomej średnicy od tarczy ku skroniom. W miarę tego, czy górna, czy dolna grupa ulegnie zanikowi, odpadnie dolny lub górny wewnętrzny kwadrat widzenia. Granica zwężenia przebiegać będzie w każdym razie wzdłuż linii poziomej od środka ku nosowi. Gdyby zanik dotyczył nie włókien nerwowych, lecz komórek zwojowych, które są po całej siatkówce jednostajnie rozmieszczone, w takim razie zwężenie pola widzenia nie przybrałoby tego prostolinijnego zarysu. Opierając się na tych danych robił autor bardzo dokładne zdjęcią perymetryczne pól widzenia w przypadkach zaniku nerwów wzrokowych na tle wiądu rdzenia i powiodło mu się właśnie w początkowych okresach stwierdzić niejednokrotnie tę samą poziomą prostolinijną granicę po stronie nosa, jaką się spotyka przy jaskrowem zwężeniu pola. Przez analogię wnosi autor zatem, że w przebiegu wiądu zanik nerwów wzrokowych rozpoczyna się od włókien osiowych, a komórki zwojowe dopiero następowo ulegają zwyrodnieniu. K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nerkę podkowiastą rozdzielił w jednym przypadku Martinow operacyjnie, albowiem przez ucisk na zwój nerwu współczulnego sprawiała silne bole. Wynik zupełnie dobry. (Zbl. f. Ch. Nr 9). K.

Przy chirurgicznej gruźlicy poleca Weissmann hetol śródżylnie i miejscowo. (Zbt. f. Chir. u. med. Ort. I. 1910). A.

Do pokrywania ubytków opony twardej polecają Unger i Bettmann kawałki naczyń krwionośnych, ewentualnie powięź, osłonkę jądra lub worek przepuklinowy. (Brl. kl. W. Nr 16). A.

Przy podwójnym paluchu postąpił Hilgenreiner w ten sposób, że zamiast odciąć jeden z palców, odświeżył wewnętrzną powierzchnię obu i zeszył je ze sobą. Wynik kosmetyczny i czynnościowy bardzo dobry. (Münch. m. Woch. Nr 16). K.

Przy leczeniu wysięków urazowych stawu kolanowego posługuje się Blecher skutecznie uciskowym opatrunkiem plastrowym. (Münch. med. Woch. Nr 13). A.

Wysoko usadowionego raka odbytnicy operuje Küttner dwuczasowo, w pierwszym akcie anteponując guz, a w drugim usuwając go, poczem zakłada kleszcze celem zniszczenia ostrogi i łączy światło jelita. (Deutsche med. Woch. Nr 13). A.

Przy wiewiórze u kobiet poleca Asch isoform w postaci pręcików i gazy. (Zbt. f. Gyn. 12). A.

Wypadnięcie części rodnych u kobiet zależy podług

Sellheima w znacznej mierze od tego, kiedy dana kobieta rodziła. Statystyki wykazują, że u kobiet, które odbyły pierwszy poród przed 20 rokiem życia, wypadnięcie wydarza się rzadko, natomiast tem częściej, im bliżej lat 30 była kobieta jeszcze pierwiastką. Wynika z tego, że najodpowiedniejszym wiekiem wyjścia za mąż dla kobiety, jest 18. rok życia. (Zeitsft. f. soc. Med. V. 1). A.

Nadmierne przejściowe owłosienie w drugiej ciąży spostrzegał Jellinghaus u 21-letniej ciemnowłosej włoszki. W pół roku po urodzeniu się dziecka owłosienie znowu znikło. (Zbt. f. Gyn. Nr 14). A.

Tamponadę pochwy wykonuje Hynek w ten sposób, że do wziernika wsuwa ceratkę i dopiero w nią wsuwa tampony przez co one nie stykają się z wydzieliną pochwy. (Spit. 23). A.

Rak macicy występuje podług statystyki Theilhabera i Greischea częściej u biednych i chrześcian, niż u bogatych i żydów, naodwrót zaś rak sutka częstym jest u żydów i bogatych. Rak żołądka najczęściej występuje u biednych (alkoholizm), kucharek (gorące potrawy?), rak odbytnicy u osób zamożnych, zwłaszcza wyższych urzędników (?). Wogóle bogatsi zapadają częściej na raka niż ubożsi, ale w stosunkowo późniejszym wieku. Żydzi zapadają na raka wogóle częściej niż chrześcianie. (Münch. m. Woch. Nr 16). X.

Przy rzucawce porodowej polecają podawanie hirudyny t. j. wyciągu z pijawek. Engelmann poleca w tym celu dawkę 1,0. (Zbt. f. Gyn. Nr 5). A.

Przy wymiotach u ciężarnych nawet najuporczywszych jest podług Rebaudiego i Chichichimoego prawie swoiście skutecznym środkiem »paraganglin vassale« (wyrabiana z substancyi rdzennej nadnerczy) w ilości 25—40 kropli dziennie. A.

O łagodzeniu bolów przy prawidłowym porodzie mówił Eisenberg, polecając w tym celu stosowany w Anglii i Ameryce oddawna t. zw. pół sen chloroformowy. Polega on na tem, że przy zbliżaniu się bolu wdycha rodząca 10—15 kropli chloroformu, a w czasie przerwy odejmuje się maskę. Przez to mimo zachowanej świadomości bole porodowe nie bywają wcale dotkliwie odczuwane, a kurcze macicy pozostają silne. (Tow. lek. wied. 28. I. 1910). A.

Zachowanie się krwi przy regularności badał Pölzl u 10 kobiet przez czas dłuższy i przekonał się, że 2—9 dni przed wystąpieniem regularności zwiększa się wybitnie liczba ciałek czerwonych, nieraz i o $1^1/_2$ miliona. Z chwilą wystąpienia miesiączki opada zaraz liczba ciałek. Zawartość hemoglobiny nie przedstawia zmian wybitnych. (Tow. lek. wied. 27. I. 1910). A.

Pielęgnowanie włosów odbywać się powinno w następujący sposób: Grzebienie powinny być nie zagęste i nie metalowe. Szczotki do włosów powinny być średnio twarde. Głowę myć należy nie częściej, jak dwa razy na tydzień, a po umyciu trochę włosy natłuścić, najlepiej oliwą. Należy unikać wszelkich czapek, kapeluszy, podkładek i t. p., które uciskają czaszkę, albowiem ucisk ten wywołuje zanik i wypadanie włosów. Na noc powinny kobiety włosy rozpuszczać ewentualnie zaplatać wolno. Fryzowanie włosów jest bardzo szkodliwe, albowiem je wysusza i niszczy. (Saalfeld, Kosmetik 1909). A.

Brodawki, odciski, zgrubienia skóry i t. p. leczą Fabry i Zweig skutecznie śniegiem bezwodnika kwasu węglowego. Na mocy doświadczenia radzą F. i Z. stosować śnieg nie dłużej, jak przez 1 minutę. (Münch. med. Woch. Nr 13). A.

Chininę jako zasypkę przy wrzodach gruźliczych skóry i przy toczniu poleca po wyskrobaniu ognisk Orhan Bey. Również wstrzykuje O. B. z dobrym skutkiem 2% chininy do ropni i przetok gruźliczych. (Deutsche med. Woch. Nr 19). A.

W miejsce nalewki jodowej i maści jodowej poleca Braitmaier jothion w 10% maści lub oliwie, jako środek nie drażniący skóry, a łatwo ulegający wessaniu. (Mon. f. pr. Der. 49. IX). A.

Przeciwko róży poleca Greta Ehrenberg mieszaninę chlorku wapnia ($Ca\,O\,Cl_2$ a nie $Ca\,Cl_2$) 1 na 20 parafiny. Maść tę wypróbował też z dobrym skutkiem Binz przy odmrożeniu. (Berl. kl. Woch. Nr 44, 1909). A.

Niezwykle długie wylęganie kiły, bo 67 dni po zakażeniu, spostrzegał u jednego chorego James. (Lancet 4. IX. 1909). A.

Proszek do golenia »rasolit«, składający się głównie z siarki, wapna, magnezyi i t. p. wywołuje podług Cohena, bardzo groźne zaburzenia w oku i na spojówce nawet jeżeli tylko na chwilę dostanie się na spojówkę. (Berl. klin. Woch. Nr 7. 1910). A.

Własności aglutynacyjne krwi proponuje Prof. Dangern wyzyskać w celach medycyny sądowej, a to np. dla wykazania ojcostwa, wyłączenia przynależności dziecka do pewnej rodziny i t. p., o ile naturalnie znane są właściwości krwi rodziców, albowiem u dzieci nie występują nigdy takie właściwości we krwi, któreby nie istniały choć u jednego z rodziców. (Münch. med. Woch. Nr 6). A.

Zatrucie gazem świetlnym objawia się w pierwszym okresie podnieceniem, bólem i zawrotami głowy, omamami słuchu i wzroku, drżączką, dusznością, przyspieszeniem tętna, wymiotami, w drugim — śpiączką, zapadem, znikaniem odruchów. Leczenie skuteczne tylko w okresie pierwszym, a polega ono na stosowaniu sztucznego oddychania, wypuszczeniu 400—500 cm^3 krwi; bańki na kark i klatkę piersiową, wdychiwania tlenu, lewatywa czyszcząca, ew. wlewania soli kuchennej. (Pr. med. 1909. Nr 81). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 24. maja 1910 r.

Higier demonstrował przypadek **haematomyeliae spontaneae** w szyjowej części rdzenia u 28-letniej kobiety. Przytoczywszy historyę choroby Higier podkreśla, że brak wyraźnej etyologii, oraz wiek młody przy haematomyelii nie należy do takich rzadkości, jak powszechnie przypuszczają. To samo miało miejsce w 2, poprzednio w sekcyi neurologicznej przezeń demonstrowanych przypadkach haematomyelii grzbietowej i haematomyelii stożka rdzeniowego, oraz w jednym przed laty kilkunastu obserwowanym ciężkim przypadku wylewu krwawego w części lędźwiowej u kilkunastoletniej dziewczyny. Higier demonstrował następnie przypadek nowotworu w kącie móżdżkowo-mostowym u 45-letniej kobiety. Wobec tarczy zastoinowej, objawów opuszkowych i obustronności tych ostatnich szanse pomyślnego zejścia przy interwencyi chirurgicznej są niewielkie.

Otto Czesław wygłosił odczyt pod tytułem: **O wpływie nikotyny na serce**. Prelegent wstrzykiwał królikom dożylnie rozczyn nikotyny (1:10000) po jednej strzykawce jednogramowej. Dawkę stopniowo zwiększano i ostatecznie po czterech miesiącach stosowano do końca doświadczeń rozczyn 1:1000. Królików nikotynizowanych było 12, do kontroli zaś wzięto 3 króliki. Po 10 miesiącach zastrzykiwań nikotyny (0·1 czystej nikotyny) króliki zabito. Makroskopowych zmian w sercu nie wykryto. W aorcie mikroskop wykazał zmiany miażdżycowe. U królików nikotynizowanych stwierdzono zmiany w wadze serca, a mianowicie znaczny przerost. W mięśniu sercowym zauważono zmiany miąższowe i śródmiąższowe: miąższowe polegają na stopniowo rozwijającem się drobnoziarnistem zwyrodnieniu i wakuolizacyi protoplazmy ciała i na rozpadzie lub też n

stopniowem rozpływaniu się jądra. Proces ten w rezultacie doprowadza do zamierania komórek. Dookoła zamarłych mas zjawia się drobnokomórkowe nacieczenie, tkanka łączna zaczyna się rozrastać i w rezultacie pozostaje blizna. W naczyniach zmiany wyrażają się w martwieniu w warstwie środkowej, któremu towarzyszy rozrost intimy, doprowadzający niekiedy do całkowitego zamknięcia światła naczynia. W komórkach zwojowych zauważono stopniowy zanik ziarnistości Nissla, rozwijający się przeważnie odśrodkowo; zrzadka obserwowano koncentryczną chromatolizę. Równocześnie z zanikiem ciałek Nissla zjawiają się wakuole duże i małe. W komórkach z chromatolizą stwierdzono przemieszczenie jądra ku obwodowi komórki.

W dyskusyi Rzętkowski stwierdza niezgodność pomiędzy wnioskami prelegenta, wyciągniętymi z cyfr wagi serc królików nikotynizowanych i zwykłych, a demonstrowanymi na ekranie preparatami. Preparaty te nietylko nie świadczą o przeroście serca, który prelegent z cyfr swoich stwierdza, ale raczej o zaniku tkanki mięsnej. Być może, że rozwój tkanki łącznej, gatunkowo cięższej niż tkanka mięśniowa, wpływał na wzmaganie się wagi serc u zwierząt nikotynizowanych. Demonstrowane preparaty wykazują w sercach królików nikotynizowanych zmiany bardzo znaczne. U ludzi palaczów nic podobnego nie widzimy, nawet w okresach znacznej niedomogi serca. Stąd też wyniki doświadczeń na królikach należy z wielką oględnością przenosić do patologii ludzkiej. — Pawiński sądzi, że wpływ nikotyny odbija się więcej na centrach nerwowych, a szczególniej na wasomotorach, niż na mięśniu sercowym. Gdyby nikotyna wywoływała u ludzi takie zmiany w mięśniu sercowym, jakie otrzymał prelegent u królików, to po odstawieniu nikotyny nie ustępowałyby tak prędko napady dusznicy bolesnej w angina nicotinica. Wartoby, zdaniem mówcy sprawdzić, jaki wpływ wywiera nikotyna na ciśnienie krwi u zwierząt. — Sokołowski Alfred zapytuje, czy prelegent nie określał stosunku ilości zużytej do zastrzykiwań nikotyny, do ilości nikotyny, wprowadzanej do organizmu przy paleniu.

W odpowiedzi Rzętkowskiemu prelegent zaznacza, że waga serca królików jest wielkością względną i do ścisłych porównań służyć nie może, oraz że w mięśniu przerośniętym mogą zachodzić zmiany demonstrowane przez prelegenta. Pawińskiemu prelegent odpowiada, że prace nad ciśnieniem krwi w naczyniach pod wpływem nikotyny są już częściowo robione, mianowicie Ratzer stwierdził u królików, że małe dawki nikotyny podnoszą nieznacznie ciśnienie na kilka minut, poczem następuje spadek niżej normy; większe dawki natomiast obniżają ciśnienie, wywołując niemiarowość tętna. Sokołowskiemu prelegent odpowiada, że ściśle określić ilość tytoniu, któryby dał dawkę nikotyny przy paleniu go, równą z zastrzykiwaną królikom, jest prawie niemożebne, gdyż część nikotyny, zawartej w tytoniu przy paleniu spala się, część zaś tylko niewielka przechodzi do dymu; następnie znaczna część nikotyny ze śliną dostaje się do żołądka. Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 20. czerwca 1909 r.

(w szpitalu dla umysłowo chorych »Kochanówka«).

1. Kol. Pański przedstawia przypadek do rozpoznania: **Histerya czy otępienie przedwczesne?** O. Ch., 17 lat, najstarsza z 7 rodzeństwa, nie miewała jeszcze miesiączki. W rodzinie chorób umysłowych nie było. Urodziła się w VIII miesiącu. Zawsze była wątła. Gdy miała 2 lata, przestała mówić, po kilku zaś tygodniach znów odzyskała mowę. Zachorowała przed 7 miesiącami na ból zębów, który trwał kilka dni. Od tego czasu zaczęła bardzo mało jadać. Wkrótce wskutek bolu w kończynach położyła się do łóżka i od pół roku stale leży. Od 4 miesięcy ma wciąż przymknięte powieki. Od 2 miesięcy nic nie mówi. Przez cały czas choroby odżywiała się bardzo niedostatecznie; od 2 miesięcy nie przyjmuje prawie pokarmów z wyjątkiem kawałków cytryny i mleka w nieznacznej ilości, które połyka, jeżeli nikt nie widzi. Gdy jej wlewają płyny do ust, chora krztusi się i wymiotuje. Gdy chcieć rozewrzeć powieki, chora jeszcze więcej je mruży. Zęby zaciśnięte, zwłaszcza, gdy się chce siłą rozewrzeć jej usta. Chora leży zupełnie biernie, nie oddziaływa na żadne bodźce zewnętrzne, nie mówi. Od 6 tygodni nie miała wypróżnienia. Mocz w bardzo małej ilości oddaje raz na dwie doby.

Pierwszy raz widziałem chorą w drugim miesiącu jej choroby. Chora była wycieńczona, blada, mało przyjmowała pokarmów, często wymiotowała. Mówiła mało; odpowiadała na pytania niechętnie, lecz dokładnie. Stwierdziłem znieczulenie całego ciała, żywe odruchy ścięgniste i skórne, brak odruchu podniebiennego i rogówkowego. Rozpoznałem histeryę.

Obecnie chora bez podściółki tłuszczowej i z wiotkimi nędznymi mięśniami ma niezdrowo bladą cerę. Leży stale w łóżku, zajmuje jedno położenie przez parę dni, tylko stale poruszając głową wahadłowo; nie mówi zupełnie; pokarmów nie przyjmuje wcale; stolca nie miała od 6 tygodni; mocz oddaje co parę dni; na żadne bodźce zewnętrzne nie oddziaływa; kończyny zimne, sine; uniesione ku górze, opadają jak porażone. Oczy zamknięte; przed ustami wciąż świeża piana. Ukłucia nie wywołują niezadowolenia lub odruchowego skurczenia. Brzuch do najwyższego stopnia wklęsły. Odruchy ścięgniste i skórne żywe i z obydwóch stron jednakowe; objawu Babińskiego brak. Źrenic ani dna oczów nie badałem z powodu zaciśniętych powiek i z powodu tego, że gdy siłą powieki rozwierać, gałki oczne zwracają się ku górze.

Ponieważ chorą widziałem tylko dwa razy, nie podejmuję się rozpoznać, czy chora cierpi na histeryę, czy też na otępienie przedwczesne; gdyż to rozstrzygnąć może tylko ścisła obserwacya chorej w zakładzie. Niezwykły jednakże przebieg całego cierpienia i niektóre objawy, jak zupełne powstrzymanie się od pokarmów w przeciągu długiego czasu, a jeszcze więcej brak wypróżnień w przeciągu 6 tygodni upoważniły mnie do przedstawienia chorej. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Klozenberg ruchy głowy i robienie piany uważa za pląsawicę rytmiczną (chorea rytmica) charakterystyczną dla histeryi. — Dłuższe nieoddawanie stolca i małe ilości kału przytem widywał Rejchman w zaparciach nawykowych u histeryczek. Te objawy, jak również spożywanie niewielkiej ilości pokarmów pokryjomu, przemawiają za histeryą. — Kol. Łuniewski (z Warty). Obserwacya ambulatoryjna nie daje materyału do rozpoznania; chora nie mogła być zbadana dokładnie. Na mowcę chora sprawia wrażenie cierpienia organicznego. Ł. zwraca uwagę, czy nie można myśleć w danym przypadku o zatruciu. — Kol. Pański zaznacza, że przy pierwszem badaniu chora poddawała mu się zupełnie i wtedy nie można było wykryć nic przemawiającego za sprawą organiczną; cały przebieg zresztą nie nasuwa tego podejrzenia. Trzebaby przeto pozostać przy rozpoznaniu cierpienia czynnościowego. Co się tyczy zatruć, to wszak dają one objawy ze strony nerwów obwodowych, czego w danym przypadku niema. — Kol. Łuniewski zaznacza, iż często początki otępienia przedwczesnego dają objawy histeryi.

2. Kol. Pański przedstawia przypadek **nietypowego porażenia splotu ramieniowego** podczas porodu powstałego. J. M. 7-tygodniowe dziecko. Urodziło się główką bez pomocy lekarskiej. Wkrótce zauważono, że prawa kończyna górna odstaje od tułowia. Badanie wykazało: dziecko dobrze rozwinięte; na prawej stronie szyi dwie nieco wklęsłe podłużne blizny, powstałe prawdopodobnie od ucisku szyi przez pępowinę, która dwukrotnie była owinięta około szyi i z pod ucisku której szyja mogła być uwolniona dopiero po urodzeniu się dziecka. Położenie kończyny prawej jest następujące: ramię, uniesione ku górze, tworzy z klatką pier-

siową kąt prawie prosty, wskutek czego cała kończyna odstaje od tułowia; przedramię z ramieniem — również kąt prosty; położenie dłoni względem przedramienia jak przy porażeniu nerwu promieniowego. Gdy kończynę wyprostować w stawie łokciowym i zbliżyć ją do tułowia, co udaje się zrobić bez oporu, kończyna ta wraca znów do pierwotnego położenia. Prawą dłonią i palcami dziecko niezręcznie chwyta przedmioty. Kończyna prawa jest cieńsza, niż lewa i mięśnie zewnętrznej powierzchni ramienia i przedramienia, jako też prawy mięsień piersiowy wielki — są wiotsze, niż po stronie lewej. Prawego odruchu mięśnia trójgłowego ramienia brak, gdy lewy jest wyraźny. Mięśnie porażonej kończyny nie były badane prądem elektrycznym, ponieważ dziecko widziałem raz jeden, jako przyjezdne z prowincyi. Położenie jednakie kończyny wskazuje, iż porażone są mięśnie, przyciągające ramię do klatki piersiowej, a więc mięsień piersiowy wielki i obły wielki (teres major), jako też mięśnie wyprostne ramienia, przedramienia, dłoni i palców; natomiast działają sprawnie te mięśnie, które zazwyczaj są bezwładne przy porażeniu splotu ramieniowego typu Erba. Grupa porażonych mięśni, jak wiadomo, otrzymuje unerwienie z pni nerwowych, które biorą początek z korzonków 7-go segmentu szyjnego, gdy grupa mięśni przy porażeniu typu Erba — z 5-go i 6-go korzonka szyjnego.

Zauważyć należy, iż wskutek porażenia mięśni wyprostnych kończyny górnej nie zawsze powstaje tak dziwne położenie porażonej kończyny, a spostrzegane to bywa w nielicznych bardzo przypadkach. (W atlasie Seiferta: »Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten« podana jest fotografia dziecka z porażeniem obustronnem tego typu i z takiem samem ułożeniem kończyn górnych. Fig. 21). Za przyczynę uważałbym ucisk pępowiny na korzonki szyjne, który musiał być niezwykły, jeżeli pozostawił dwie wżłobione blizny, przebiegające od bocznej części szyi aż do karku. (W przypadku, przytoczonym przez Seiferta położenie płodu było twarzowe. (Streszcz. własne).

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ugrupowanie uczniów wiedeńskich szkół ludowych podług zdolności uchwaliła krajowa Rada szkolna. Zamiast dotychczasowych paralelek, ustanowione będą równorzędne oddziały klasowe, obejmujące uczniów więcej, inne znów mniej zdolnych. Również i nauczyciele bądą odpowiednio rozdzieleni. Cierpliwi dla tępszych, więcej sangwiniczni dla zdolniejszych. Dotychczasowe próby dokonane zeszłego roku szkolnego, wydały nadspodziewane dobre wyniki. Także i plan nauki będzie różnym, zależnie od uzdolnienia uczniów. Ponadto w oddziałach uczniów zdolniejszych może być liczba dzieci większa, jak w oddziałach uczniów tępszych. Specyalne wykazy i sprawozdania inspektorów będą jeszcze tę sprawę dalej rozjaśniać i uzupełniać.
Klęsk.

Wprowadzone od niedawnego czasu w Niemczech sądy dla nieletnich rozwijają bardzo korzystną działalność. Donosi o tem w monachijskim tygodniku prokurator Rupprecht z Monachium. Karygodne czyny małoletnich mierzyć należy np. zupełnie inną miarą i z innej strony na nie się zapatrywać, a kodeks omawia tylko czyny człowieka dorosłego. Dotychczasowa statystyka wykazuje, że najwięcej czynów karygodnych dokonują małoletni w miastach fabrycznych, a więc tam, gdzie rodzice idą do fabryki i dzieci pozostają bez dozoru. Najczęstszemi są przekroczenia przepisów policyjnych i kradzieże, potem zranienia i męczenia zwierząt, opilstwo, przekroczenia płciowe i t. p. Także co do płci zachodzi tu wybitna, różnica. Chłopcy kradną zwykle do spółki i to różne przedmioty potrzebne do użytku codziennego, ew. zabawki, jadło; dziewczynki kradną same, bez wspólniczek, przybory do ubierania po sklepach, ew. pieniądze i t. p. Motywy kradzieży są zwykle błahe, np. chęć kupienia sobie drobnostki i t. p. Chłopiec rzadko okrada w domu, dziewczyna zaś zwykle popełnia domowe kradzieże. Chłopiec rzadko zdradza innych, dziewczyna zaś zawsze usiłuje spędzić winę na innych. W wielu wypadkach wykazano zboczenia psychiczne u małoletnich przestępców, nieraz histeryę i t. p. i tutaj nie więzienie, lecz zakład i wychowanie mogą wywołać poprawę. Już tak krótka działalność sądów dla małoletnich wykazuje, jak one są potrzebne, zwłaszcza jeżeli popierać je będą także i lekarze.
Klęsk.

Towarzystwa ratunkowe we Frankfurcie nad Menem uległy organizacyi bardzo szczęśliwej. Przedewszystkiem połączyły się w jedność oba istniejące w tym celu Towarzystwa. Miasto zaś daje subwencyi 18.000 marek na służbę lekarską i lokal w straży pożarnej. Za to odłączono od Towarzystwa ratunkowego przewożenie chorych, którą to funkcyę spełniać będą osobni sanitaryusze miejscy. Towarzystwo otrzymało wozy automobilowe.
X.

Porady lekarskiej, według zestawienia Fischera, nie zasięga 25—50% chorych (zmarłych). Wogóle zmniejsza się stale procent niewzywania lekarzy, co także odnieść należy do zwiększającej się liczby kas chorych. Kobiety wzywają więcej lekarzy jak mężczyzni, choć należy ich znacznie mniej do kas chorych. Najmniej używa się lekarzy do osób starych bo zaledwo w 45·9%. Jlość wzywań do niemowląt zmienia się także ciągle na korzyść, co odnieść należy do starań Towarzystw opieki nad niemowlętami.
X.

W razie, jeżeli opiekun nie chce zezwolić na konieczny zabieg operacyjny u małoletniego, proponuje Holzapfel z Kiel, dodatek do prawa karnego, dozwalający na zwołanie wtedy narady trzech lekarzy, którzy zadecydować mogą nawet wbrew zdaniu opiekuna. (Niestety w wypadkach nagłych nieraz bardzo trudno zebrać 3 lekarzy, zwłaszcza na prowincyi). Również Holzapfel domaga się by lekarzowi wolno było po naradzie wykonać wyjątkowo sztuczne poronienie u osoby, która zaszła w ciążę bez swej woli i wiedzy, np. po zgwałceniu (?).

We Francyi, celem zachęty do żenienia się, a przez to podniesienia gwałtownie zmniejszającej się liczby ludności, senat przyjął projekt w tej sprawie Lannelonguea, który zapewnia urzędnikom znaczne korzyści w awansie w razie ożenienia się, a każdemu mającemu więcej jak troje dzieci, ponadto przyznaje znacznie wyższe remuneracye. Kawalerzy nie mogą być przyjęci do służby rządowej, o ile nie zobowiążą się do pewnego terminu ożenić i muszą odbywać powinność wojskową dwa razy tak długo, jak żonaci, w służbie nieczynnej.
X.

Cholera w Rosyi. Od wybuchu epidemii cholery w Rosyi do dnia 7. sierpnia b. r. było razem przypadków 84.848, z czego śmiertelnych 35.845.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca czerwca 1910 .	515,542	444,194
W lipcu 1910	3,000	1,000
Razem .	518,542	445,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. VIII. do 27. VIII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 3 † 2), krztuśca 3 † 1, płonicy 8, odry 5, duru brzusznego 5 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1).
Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Wydział lekarski Wszechnicy lwowskiej urządza w grudniu b. r., od 5. do 18., praktyczne kursy dla lekarzy. Prócz praktycznych działów medycyny uwzględnione będą w kursach i te teoretyczne, które ściśle łączą się z wykonywaniem praktyki lekarskiej. W programie więc kursów umieszczono wykłady teoretyczne i praktyczne z zakresu najnowszych zdobyczy, tyczących się lecznictwa, jakoteż dyagnostyki. Wszelkich wyjaśnień w sprawie kursów udziela Prof. Dr Raczyński (Lwów, klinika dziecięca).

Wilno. Z inicyatywy p. Montwiłła powstał w Wilnie »Instytut higieny dziecięcej« na wzór podobnego zakładu w Warszawie.

Z różnych stron. Frekwencya w półroczu letniem 1910 na wydziałach lekarskich austryackich przedstawia się następująco: Wiedeń 1813 uczniów, Praga wydz. czeski 564, Kraków 489, Graz 371, Insbruk 371, Lwów 325 i Praga wydz. niemiecki 319. Razem na wydziałach lekarskich wszystkich uniwersytetów austryackich było zapisanych 4098 uczniów.

Zmarli: Prof. Leopold Oser, prymaryusz w szpitalu Rotschilda w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1910.

Gazeta lek. Nr 32—35. Higier: W sprawie rokowania przy encephalitis i polioencephalomyelitis acuta et subacuta infantum et adultorum (32, 33). — Leyzerowicz (dok. 32). — Caderski: Przypadek ciała obcego w jamie brzusznej u 20-letniej kobiety (32). — Piotrowski: Biegunka krwawa i walka z nią (33). — Popielski: O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego, trzustkowego, kiszkowego i na perystaltykę kiszek (34, 35). — Gębarski: Przyczynek do leczenia zwężeń przełyku bliznowych (34, 35).

Medycyna i Kronika lek. Nr 32—35. Starklówna i Węgrzynowski (dok. 32—34). — Gantz i Hertz (dok. 32). — Pechkranc: przypadek nabytego postępującego asymetrycznego przerostu kości i miękkich części ciała (33, 34). — Springer: O wartości klinicznej odczynu Wassermanna (34). — Korybut-Daszkiewicz i Smoleński: Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym.

Tygodnik lekarski Nr 31—34. Spira: O stosunkach fizyologicznych i patologicznych między nerwem twarzowym a narządem słuchowym (31, 33). — Rothfeld: O okresowem porażeniu nerwu okoruchowego z opisem dwóch przypadków (31—32). — Nowicki: Dalsze badania doświadczalne nad stosunkiem nadnercza do nerki (32). — Bednarski: O przyczynach ślepoty u dzieci (33). — Ziembicki: Zapiski z pracowni chemiczno-bakteryologicznej szpitala kraj. we Lwowie (33, 34). — Szusterówna: O gruźlicy migdałków (34). — Begleiter: Przypadek postępujący kostnienia mięśni (myositis multiplex progressiva ossificans) (34).

Nowiny lek. Nr 8. Wrzosek i Maciesza. W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego. — Szczęsny Bronowski: Współczesne pojęcia o istocie »choroby«, o przyczynach »choroby« i ich zróżniczkowaniu z uwzględnieniem niektórych faktów z dziedziny chorób nerkowych. — Bieliński: Wydział lekarski królewskiego Warszawskiego Uniwersytetu (1817—1831). — F. Eisenberg: Robert Koch, wspomnienie pośmiertne.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 5—6. Feuerstein: O wpływie leczenia rtęciowego na odczyn Wassermanna.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 10. Dłuski: Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem.

Nasze zdroje Nr 16—17. Bandrowski: Polskie letniska. — Sabatowski: O Morszynie uwag kilka. — Malewski: O dyetetycznem leczeniu chorych w zakładzie leczniczym w Grodzisku.— Memoryał koła lekarzy w Krynicy.

Głos lekarzy Nr 16. Mikołajski: 1) Higiena w szkolnictwie galicyjskiem. 2) W sprawie głuchoniemych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.


ŠARATICA


Pertussin

wej i łokciowej i zupełnym braku wytworzenia się kości nadgarstka, śródręcza i palców, jak również, iż staw łokciowy prawy był wykształcony. Na fotogramach Nr I. i II. widać, iż części przysadkowe (epifizy) kości sprychowej i łokciowej, wyrostek dzióbiasty (pr. coronoideus), kości łokciowej i główka kości sprychowej znacznie silniej są rozwinięte, jak w prawidłowych stosunkach. Wzajemne ułożenie kości przedramienia do siebie jest nieprawidłowe, jak i nieprawidłowe jest ułożenie kości sprychowej do kości ramieniowej. Obie kości przedramienia, w całości skrócone, rozbiegają się w górnym odcinku. Główka kości sprychowej, która powinna leżeć na wyniosłości główkowatej kości ramieniowej (eminentia capitata humeri) zeszła zupełnie z tego położenia i obsunęła się aż na guz ponadkłykciowy boczny (epicondylus radialis). Kość łokciowa w stosunku do kości ramieniowej zachowuje prawidłowe ułożenie. Wyrostek łokciowy (olecranon) wchodzi prawidłowo w zagłębienie wyrostka łokciowego (fossa olecrani); wcięcie półksiężycowate kości łokciowej (incisura semilunaris ulnae) wchodzi na bloczek kości ramieniowej (trochlea humeri), jak zazwyczaj. Stawu między kością sprychową, a łokciową w okolicy łokcia niema; obie kości oddalone zupełnie od siebie (fot. Nr II).

Jak widzimy, przypadek nasz przedstawia niezwykły, bardzo rzadki obraz wady rozwojowej w zakresie kończyny górnej. Że zboczenie to wytworzyło się w czasie życia płodowego, nie ulega żadnej wątpliwości. Nasuwa się tylko pytanie, czy w danym przypadku można rozstrzygnąć, kiedy i w jaki sposób powyższa wada mogła się wytworzyć.

W tym celu zwróciłem się do Prof. Uniw. Jagiell. Dr Emila Godlewskiego — i wywód pozwalam sobie niniejszem przytoczyć, składając Mu na tem miejscu szczerą podziękę.

Pierwszy zawiązek kończyny występuje u najwyższych zwierząt i u człowieka w postaci dwóch parzystych brodawkowatych tworów, które reprezentują przednią i tylną parę kończyn. W budowie tego zawiązka bierze udział ektoderma (utkanie nabłonkowe) i mezenchyma (utkanie tkanki łącznej). Pozycya zawiązku kończyn u człowieka w stosunku do kręgosłupa nie odpowiada późniejszemu ich położeniu. Stwierdzono mianowicie, że w biegu życia płodowego następuje przesunięcie odnóża górnego od strony głowiej więcej ku stronie ogonowej. Lewis (1902) stwierdził, że łopatka ludzka w $4\frac{1}{2}$ tygodniu życia śródmacicznego odpowiada wysokości między 4. kręgiem szyjnym, a 1. kręgiem piersiowym. Już w 6 tygodniu życia płodowego przesunięta jest łopatka tak, że sięga od 1—5 żebra. Prócz posunięcia wzdłuż osi następuje przy tworzeniu kończyny ruch obrotowy całej kończyny względem osi ciała oraz obrót w obrębie wolnej części kończyny dookoła swej osi własnej. Ten ostatni obrót dokonywa się: 1) w obrębie stawów, 2) przez skręt (torsio) zawiązków szkieletowych w obrębie części między stawami.

W histogenetycznym rozwoju kośćca kończyny dadzą się wyróżnić trzy po sobie następujące kończyny: 1) okres, gdy przyszły kościec jest złożony z zagęszczonych mocno części tkanki mezenchymatycznej. 2) przyszły kościec ma budowę chrząstkową, 3) okres kostny.

(Dok. nast.).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał
Dr W. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

Z zestawień tych wynika dość jasno, że kąpiel chłodniejsza pozostawia po sobie zazwyczaj nieznaczne podniesienia ciśnienia, natomiast ciepła nieznaczne obniżenia ciśnienia, stwierdzane przezemnie już u ludzi zdrowych w pierwszej części mej pracy. Wreszcie dla uzupełnienia obrazu pomiarów ciśnienia muszę podać i ilość zauważonych z początkiem kąpieli przemijających podwyższeń ciśnienia palpacyjnego; tak przy ciepłocie 23° R na 4 spostrzeżenia nie stwierdziłem ani razu przemijającego podniesienia, przy ciepłocie 24 i 28 R. (po 5 spostrzeżeń) po jednem przemijającem podniesieniu, 25° R. (8 spostrzeżeń), 3 przemijające podniesienia, 26° (6 spostrzeżeń) 2 przemijające, 27°, 29° (po 4 spostrzeżeń), po 1 przemijającem podniesieniu, 30° (5 spostrzeżeń) po 2 przemijające podniesienia, razem 41 spostrzeżeń, 11 przemijających podniesień się ciśnienia bez wybitnej różnicy oddziaływania ciepłotą kąpieli. Ażeby nie powracać do sprawy zachowania się ciśnienia przed omówieniem dalszych spostrzeżeń w kąpielach grupy pierwszej poczynionych, omówię wyniki, otrzymane w grupie drugiej, to jest 30 kąpielach, a mianowicie 20 o ciepłocie 28° R., a 10 o 30° R. W kąpielach tych spisywałem krzywą ciśnienia i uciśnięte tętno zapomocą turgotonografu Straussa i to w podobny sposób, jak i w poprzednich kąpielach, dla większej dokładności spisując po dwa razy krzywe ciśnienia tak przed, jak wśród i po kąpieli. Następnie wykonane obliczenia i równocześnie zdejmowane kardyogramy omówię później osobno. (Tabl. II i III).

Podaję tutaj wyniki poszczególnych mierzeń, aby uwidocznić, że dwa następujące natychmiast po sobie mierzenia dawały często niezbyt zgodne wyniki, czego nie należałoby kłaść jedynie na karb czasu, w którym podczas opadania ciśnienia wypada pierwsze zapisane na krzywej tętno (przy tętnie wolnem różnica mogłaby przenosić zaledwie 2, 3, mm.), lecz i na karb niezbyt czułego działania przyrządu. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przyrządy przenoszące tętno przez uciśnięcie całej garstki, nie mogą iść w porównanie z przyrządami, uciskającemi jedynie tętnice zapomocą lekkiej peloty. Tem tłómaczę sobie stosunkowo mniejsze obniżenia ciśnienia, jakie otrzymałem w tych doświadczeniach, w porównaniu do wyników mierzeń grupy pierwszej. Jeżeli przypatrzymy się wynikom mierzenia ciśnienia przy kąpieli 28 R., dostrzeżemy z łatwością, że pierwsze 10 doświadczeń dało wyniki analogiczne do otrzymanych uprzednio, a więc w końcu kąpieli + 2, + 2,5 — 7, — 17, — 5, — 5·5, — 4, + 1 + 0,5 — 2 średnio obniżenie ciśnienia o 2·3 mm. sł. rtęci, po kąpieli + 6·5, + 1, — 13, + 6, — 16, — 0·5, — 17, — 1·5, — 19·5 średnio — 4., przeto liczby, które prawie odpowiadają dawniej otrzymanym, choć różnice są nieco mniejsze. Natomiast

TABLICA II.

Zestawienie 20 doświadczeń pomiarów ciśnienia turgotonografem Straussa przed, wśród i po kąpieli bezwodnikowej sztucznej o ciepłocie 28^0 R. Pomiary wykonywano zwykle dwa razy, wyniki obu pomiarów uwidocznione na tablicy.

		Ciśnienie skurczowe			Ciśnienie rozkurczowe		
		przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli	przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli
1	F. R. 29/IV.	91 96	105 106	—	66 63	70 74	—
2	F. R. 28/IV.	84 64	87 66	89 72	—	—	—
3	R. K. 29/IV.	112	105	113	56	64	73
4	S. M. 29/IV.	108	91	95	85	65	—
5	S. M. 30/IV.	98 104	97 97	104 97	74 85	71 68	69 60
6	S. M. 3/V.	90	85	96	—	—	—
7	S. M. 9/V.	89 86	84 80	72 71	73	48 55	54 50
8	A. P. 28/IV.	113	114	96	60	49	42
9	A. P. 30/IV.	134	130 134	113 116	45 43	52 56	51 54
10	A. P. 6/V.	113 115	110 119	110 115	40 40	51 47	48 43
11	J. M. 29/IV.	208	180	194	178	147	173
12	J. M. 2/V.	201 176	200 217	184 204	108 109	137 143	89 130
13	J. M. 3/V.	170 171	190 164	175 175	153 103	118 115	—
14	J. M. 6/V.	186 191	175 169	158 159	105	106 107	95 96
15	A. K. 28/IV.	103	129	125	42	40	39
16	A. K. 30/IV.	147 123	149 148	121 126	—	44 30	33 33
17	A. K. 2/V.	126	145 149	132 131	32	41	37
18	A. K. 4/V.	107 121	127 127	121 114	31	41	23
19	A. K. 7/V.	115 111	136 139	119 123	36	50	32 34
20	A. K. 9/V.	133 122	137 135	103 148	40	46	36

doświadczenia o 10 do 20 zachowują się tutaj stanowczo inaczej. Doświadczenia te musimy jednak wyłączyć od omawiania w tem miejscu, zostawiając to sobie na koniec przy indywidualizowaniu przypadków, ponieważ 11 do 14 dotyczą chorego, dotkniętego przewlekłem zapaleniem nerek, a 15 do 20 chorego, dotkniętego prócz zmian na zastawce tętnicy głównej także i zmianami miażdżycowemi tak w tętnicy głównej, jak i w narządach obwodowych.

TABLICA III.

Zestawienie 10 doświadczeń pomiarów ciśnienia krwi turgotonografem Straussa przed i wśród kąpieli bezwodnikowej sztucznej o ciepłocie 30^0 R. Pomiary wykonywano zwykle dwa razy, wyniki obu pomiarów uwidocznione na tablicy.

		Ciśnienie skurczowe			Ciśnienie rozkurczowe		
		przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli	przed kąpielą	wśród kąpieli	po kąpieli
1	K. J. 10/V.	95 96	100 102	96 104	— 78	76 82	82 86
2	R. F. 2/V.	92 103	99 100	97 98	67 70	61 62	57 —
3	R. F. 4/V.	99 104	93 98	102 101	73 75	61 66	80 71
4	R. F. 6/V.	103 103	102 102	98 103	69 69	62 72	63 65
5	R. F. 7/V.	100 107	108 100	96 96	67 68	67 67	62 63
6	M. S. 12/V.	62 71	64 78	80 74	46 50	55 64	60 57
7	A. P. 2/V.	117 127	111 119	114 115	44 49	61 66	46 56
8	J. M. 9/V.	138 144	158 155	139 144	129	134 151	118 118
9	J. K. 10/V.	137 130	145 141	137 125	34	40	32
10	I. K. 12/V.	118 111	131 125	114 114	42	39 40	34 34

Sądzę, że zrozumiałem jest wyłączenie przy omawianiu wpływu ciśnienia na chorych sercowych z narządem obwodowym zdrowym, doświadczeń na chorych z wadą serca i narządem obwodowym schorzałym, jakoteż tych, gdzie kąpiel działa na nieprawidłowo podniesione parcie, pozostałe wskutek choroby nerek. Również i w tablicy trzeciej wyłączam od omawiania doświadczenia u tychże chorych pod liczbą 8 do 10. Siedem doświadczeń u sercowych z narządem obwodowym zdrowym, nie dało natomiast spodziewanego obniżenia ciśnienia, wyniki tutaj wahają się: cztery nieznaczne podniesienia (+ 5·5, + 2, + 0·5, + 5·5) trzy obniżenia (— 6, — 1, — 7) w końcu kąpieli, można czuć lepiej zaznaczone obniżenie po kąpieli. Wyniki te uważałbym z powodu szczupłej liczby doświadczeń za niewystarczające do zachwiania niezbitego dla mnie faktu, że kąpiele 30^0 R. obniżają ciśnienie krwi. Ciśnienie rozkurczowe, według mego zapatrywania, oznaczone tą metodą, może nie w każdym przypadku zupełnie pewnie, daje tutaj wyniki nieco różnorodniejsze, zazwyczaj jednak dość zgodne z otrzymanymi pomiarami skurczowymi i zestawienie ich nie różni się od poprzednich pomiarów przyrządem Recklinghansena; dla krótkości pomijam więc szczegółowe ich omawianie.

W ten sposób ukończyłem ogólne omawianie pomiarów ciśnienia zawartych w mych doświadczeniach, a dalsze uwagi dołączę tylko do części klinicznej, gdzie przy omawianiu historyi chorób podam działanie kąpieli na ciśnienie dla uzupełnienia obrazu choroby; tam również omówię wyniki, otrzymane w tablicy drugiej w 10 ostatnich doświadczeniach i w tablicy trzeciej w doświadczeniu 8 do 10.